

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL DEFECTELOR OSOASE PROVOCATE DE TUMORI BENIGNE ȘI AFECȚIUNI PSEUDOTUMORALE (Aspecte clinico-metodologice)

**Ion Mereuță – dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Nicolae Dolganiuc – cercet. șt. stagiar, Laboratorul Oncologie Generală și ATI IMSP IO**
E-mail: dolgyy@yandex.ru, tel: +37369696496

Rezumat

În studiu sunt prezentate aspectele clinice, terapeutice și metode contemporane de tratament chirurgical al defectelor osoase provocate de tumorile benigne și afecțiuni pseudotumorale. S-au prezentat metode de tratament complex contemporan, precum și experiența practică din Clinica Oncologie Generală a USMF “Nicolae Testemițanu” și Institutului Oncologic în perioada anilor 2010 – 2015, folosirea în clinică a remediilor apărute noi, a biomaterialelor reparatorii sau substituenților de os, reprezentând în fond motivația de a efectua cercetări și experiențe științifice în domeniu.

Cuvinte-cheie: tumori osoase benigne, defecte, tratament, grefe, biocomponente

Summary. Contemporary methods of treatment of bone defects and disorders caused by benign tumors pseudotumoral

The study presents clinical, therapeutic and contemporary methods of treatment of bone defects caused by benign tumors and pseudo conditions. There appeared contemporary complex treatment methods and practical experience of General Oncology Clinic at the Institute of Oncology in the period 2010 - 2015, using clinical remedies arising new biomaterials for bone repair or substitutes representing the incentive fund to conduct research and scientific experiments in this area.

Key words: benign bone tumors, defects, treatment, grafts, biocomponents

Резюме. Современные методы лечения костных дефектов и нарушений, вызванных доброкачественных опухолей

Исследование представляет клинические, терапевтические и современные методы лечения костных дефектов, вызванных доброкачественных опухолей. Там появились современные комплексные методы лечения и практический опыт генерального онкологического диспансера в Институте онкологии в период 2010 - 2015, используя клинические средства, возникающие новые биоматериалы для восстановления костей или заменителей, представляющих поощрительный фонд для проведения исследований и научных экспериментов в этой области.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли костей, дефекты, лечение, трансплантаты, биокomпоненты

Introducere

Tumorile osoase benigne apar în primele decenii de viață (II-III), unele dintre tumorile osoase benigne fiind evidente între anumite limite de vârstă. Manifestându-se printr-o reducere focală a intensității structurii osoase, adesea unică, cu delimitare netă către părțile vecine, frecvent osteosclerotică – care arată evoluție lentă. Structura poate fi omogenă sau neomogenă cu septuri și calcificări. Corticala poate fi subțiată dar continuă. Deformarea osului afectat poate fi concentrică sau excentrică, reacțiile endostale și periostale sunt absente datorită evoluției lente; cele mai multe dintre acestea nu degenerază însă, unele se pot transforma malign (tumori cu celule gigante, condroame). Majoritatea savanților împart din punct de vedere clinic și metodologic în următoarele categorii:

Tumori benigne latente prezintă: o creștere lentă ce se poate opri, au tendința la vindecare spontană, nu se malignizează niciodată, se tratează prin chiuretaj-plombaj;

Tumorile benigne active prezintă: o creștere progresivă constantă și mai rapidă, au zona reactivă de dimensiuni mici, se pot opri din evoluție odată cu terminarea creșterii osoase, tratamentul se face prin excizia la distanță de zona reactivă;

Tumori benigne agresive sunt: agresive prin creșterea rapidă, metastazează extrem de rar, creșterea se face prin capsulă în interiorul zonei reactive, tratamentul se face prin excizie la distanță de zona reactivă;

Tumori cu grad scăzut de malignitate prezintă: o pseudocapsulă, conțin noduli tumorali în zona reactivă, dau metastaze la distanță, tratamentul se face prin rezecția în totalitate cu zona reactivă până în țesut sănătos;

Tumori cu grad crescut de malignitate: au o creștere extrem de rapidă, metastazarea precoce, prezintă noduli tumorali și în afara zonei reactive („skip metastaze”), excizia trebuie să îndepărteze în totalitate compartimentul în care s-a dezvoltat sau pe care l-a invadat tumora.

Cea mai utilizată este clasificarea lui Enneking, la baza căreia stau 3 criterii (G.T.M.):

G. (gradul) nu reprezintă o noțiune histologică (benign-malign) ci reprezintă comportamentul biolo-

gic al tumorii, apreciat pe criterii histologice, radiologice și clinice:

gradul 0 (G.0.) - tumoră histologică totdeauna benignă, radiologic bine delimitată, cu lizereu de condensare, clinic liniștită.

gradul 1 (G.1. – „lowgrade sarcomas”) - tumoră cu o malignitate histologică scăzută, cu limite radiologice încă nete, fără lizereu net de condensare; creștere clinică lentă, delimitată de o pseudocapsulă reacțională, skip metastaze excepționale.

gradul 2 (G.2. -, „high grade sarcomas”) - tumoră cu malignitate histologică crescută, radiologic cu leziuni foarte destructive, creștere clinică rapidă, skip metastaze prezente.

T. (compartimentul) - acesta reprezintă structura anatomică care conține bariere naturale în extensia tumorii (corticală, aponevroză, capsulă articulară, cartilaj de creștere). Capsula tumorală este dată de o producție reacțională în jurul leziunii, formată din țesuturile din vecinătatea tumorii; capsula poate fi intactă, groasă, când tumora este calmă sau boselată, perforată sau distrusă când tumora este agresivă.

T.0. - tumora are capsula intactă cu sediul intra-compartimental.

T.1. - presupune țesut tumoral în afara capsulei prin efracția ei și prin skip metastaze, dar tumora este inclusă în compartiment.

T.2. - tumora depășește limitele compartimentului, cu toate consecințele legate de aceasta.

M. (metastaza)

M.0. - fără metastaze decelabile.

M.1. - cu metastaze depistate.

„Societatea Internațională de Tumori Musculo-scheletale” a propus sistemul S.S.S. (Surgical Staging System) care are la bază clasificarea G.T.M. a lui Enneking. Această clasificare permite o codificare a tumorilor și o încadrare a acestora într-un plan terapeutic bine stabilit.

Din tumorile benigne osoase fără potențial malign care provoacă defecte osoase face parte:

Chistul osos solitar - apare mai frecvent la băieți în perioada de creștere, între 6 - 15 ani. Radiologic, se manifestă că o zonă de osteoliză la nivelul metafizei proximale a humerusului sau a femurului, mai rar în mandibulă, de formă ovoidă, cu zona de oste-

oscleroză înspre diafiza - coaja de ou, subțiază corticala fără a o rupe. Crește fără a da simptome clinice până când, în urma unui traumatism minim, se poate fractura. Vindecarea se produce prin consolidare normală. Diagnosticul diferențial se face cu: condromul osos, echinococoză osoasă, tumoră cu mieloplaxă, granulomul eozinofil, gomele sifilitice, abcesul Brodie, osteită chistică.

Osteomul – se localizează predominant pe oasele craniului, cu evoluție spre sinusurile frontale, orbită sau conductul auditiv, foarte rar la oasele lungi sau la articulația genunchiului. Radiologic, osteomul apare ca o zonă de osteoscleroză, bine delimitată, rotundă sau ovalară, cu contur net. Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu: sarcomul Ewing, periostita sifilitică, sarcomul periostal, producțiile osoase post traumatice sau postinflamatorii.

Osteomul osteoid – se dezvoltă predominant la oasele lungi (tibia, femur, humerus) și prezintă două zone distincte: un nucleu central de 3 - 5 mm, compus din țesut conjunctiv vascularizat - zona de osteoliză - înconjurată de o zonă de osteoscleroză situate în compacta diafizară.

Fibromul osos – este o tumoră benignă cu originea în țesutul conjunctiv adult. Este rară, cu localizare în general unică la nivelul mandibulei, maxilarului sau al osului frontal. Radiologic se constată o zonă de osteoliză ovalară, bine delimitată, uneori multiloculară. Poate subția corticala cu fracturi pe os patologic. Diagnosticul diferențial se face cu: chistul osos, tumoră cu mieloplaxă, adamantinomul și chistele radiulare sau foliculare.

Hemangiomul – este o tumoră vasculară situată predominant la nivelul corpului vertebral, craniului, coastelor, rar la oasele lungi. Se prezintă sub 2 forme: corpul vertebral mărit cu structură trabeculară, cu aspect de fagure de miere sau rețea, și cu aspect de osteoliză radiară predominant la craniu.

Din tumorile benigne osoase cu potențial malign care provoacă defecte osoase face parte:

Tumora cu mieloplaxă (Osteoclastom) - se caracterizează prin prezența celulelor gigante cu numeroși nuclei. Apar între 18 - 30 ani, frecvent la epifiza unui singur os, cu evoluție lentă. Radiologic, se descriu 4 tipuri: osteoclastomul central, periferic, cu pusee osteolitice și cu fractură. Apare o zonă de osteoliză epifizară, cu margini net delimitate, cu contur circular sau policiclic. Pe măsură ce se dezvoltă, subțiază corticala, latește și deformează epifiza. În interiorul cavității se găsesc trabecule osoase care o timentează. Dacă corticala este întreruptă, prezintă reacție periostală și producțiuni osoase în părțile moi, tumoră s-a malignizat. În forma periferică, tumoră distruge corticala și împinge periostul. Septurile intracavitare

se pot liza în puseele osteolitice. Fractura pe os patologic se vindecă cu refacerea corticalei atât timp, cât tumoră este benignă. Diagnosticul diferențial se face cu: sarcomul osteolitic, metastazele osteolitice, focarele rotunde de osteomielită, chistul osos, osteodistrofia chistică fibroasă Recklinghausen, mielomul solitar, sarcomul Ewing, encondromul osos, sifilisul, osteita TBC.

Condromul – este o tumoră benignă a țesutului cartilagos, cu potențial malign. Dezvoltarea lui se poate face în afara osului (eccondrom), sau localizarea poate fi centrală (encondrom) Encondroamele sunt zone de osteoliză situate, mai ales, în metacarpiene, metatarsiene sau falange. Corticala este subțiată iar osul ia aspect suflat. Econdromul are aspect de osteoliză falciformă cu corticala osului integră. Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu chistul osos, tumoră cu mieloplaxă, spina ventoză, osteita fibroasă.

Condroblastomul se caracterizează prin prezența unor plaje condroide și a unei strome cu 2 populații celulare: celule mici, curbate, reniforme, cu origine condroblastică și celule gigante multinucleate (osteoclaste).

Alte leziuni osoase benigne sunt:

- **miozita osifiantă** (cu 2 zone: periferic – os compact și țesut muscular striat, iar central – țesut conjunctiv lax și osteoid imatur).

- **fibromul condromixoid** - matrice mixoidă cu celule stelate și stromă cu septuri conjunctive ce conțin celule fusiforme și celule gigante; diagnosticul diferențial se poate face cu condrosarcomul mixoid de grad II.

Clinica – durerea este în general percepută ca un disconfort continuu de intensitate mică, denumită durere “surdă”. Durerea persistă deși, pacientul se odihnește și, se înrăutățește pe timpul nopții. Trauma nu este o cauză, însă sporește durerea. Fractura patologică este întâlnită la oasele slăbite și aceasta crește durerea. Unele tumori rezultă în febră și transpirații nocturne. Uneori, sunt întâlnite sub forma unor mase nedureroase. Unele tumori pot fi văzute incidental prin radiografie, dar pentru a distinge tipul tumorii, folosim metode de imagistică detaliată precum tomografia, RMN, scintigrafia, examenul. Folosim tomografia pentru a vedea detalii ale osului și RMN pentru a vedea extinderea tumorii în os sau pentru a observa întinderea sa în locuri distante. Scintigrafia osului oferă informații cu privire la activarea biologică a tumorii sau dacă aceasta a intrat în metastază.

Defectele osoase pot fi divizate în:

- defecte mici, diametru sub 2,5 cm;
- defecte mijlocii, cu diametru peste 2,5 cm;
- defecte mari și foarte mari care depășesc 5 cm.

Scopul și Obiectivele lucrării

Optimizarea tratamentului chirurgical miniinvasiv (metode contemporane de tratament chirurgical combinat) al pacienților cu defecte osoase provocate de tumorile osoase benigne și afecțiunile pseudotumorale.

Material și metode

Formele și materialele pentru reconstrucție și recuperare a defectelor osoase cauzate de tumorile osoase benigne sunt diverse:

1. Injecție de măduvă osoasă - metoda implementată în cazul defectelor mici cum ar fi chisturile osoase de până la 2,5 cm, măduva osoasă este recoltată din crista iliacă mai rar din reg. sternală.

2. Chiuretaj substituit de plombajul cavității cu grefă de oase spongioase:

- autogrefă ce este definită ca un material osos transferabil, care conține celule vii și care poate fi folosit în reconstrucția defectelor din aceeași familie tisulară. Este rezervat cavităților cu dimensiuni mici; grefa se prelevează din crestele iliace sau din epifizele oaselor mari;

- alogrefă această metodă fiind folosită pentru defectele mari, grelele osoase provin de la un individ al aceleiași specii (adică de la alt om). Prelevarea și conservarea implică o bancă de os.

3. Chiuretaj substituit de plombajul cavității cu substituenți osoși “biofosfați de calciu” Osteosett, Allomatrix.

4. Combinația între cele trei materiale.

Rezultate

Metode de tratament chirurgical efectuate la bolnavii spitalizați cu defecte osoase cauzate de tumori

benigne și afecțiuni pseudotumorale în Clinica Oncologie Generală a USMF “Nicolae Testemițanu” și IMSP IO în perioada anilor 2010 – 2015:

Injecție de măduvă osoasă recoltată din creasta iliacă la 3 bolnavi și recoltată din reg. sternală la 1 bolnav;

Chiuretaj substituit de plombajul cavității cu grefă de oase - autogrefă la 37 bolnavi;

Chiuretaj substituit de plombajul cavității cu grefă de oase - alogrefă spongioasă la 84 bolnavi;

Plombarea cu biofosfați de Calciu la 9 bolnavi;

Combinația între 2 materiale: alogrefă + substituenți osoși (biopreparatul OSTEOSETT) metodă implementată în cazul defectelor mai mari de 2,5 cm.

La cei 135 bolnavi tratați chirurgical, la 120 s-au obținut rezultate bune confirmate radiografic. În 5 cazuri s-a produs postoperator edem mai accentuat intra și extraosal care după câteva zile după adm. trat. simptomatic a dispărut. La 10 pacienți s-a produs hematom care s-a aspirat cu seringă.

Concluzie

Mijloacele de reconstrucție se perfectează de la an la an, ajungând ca tehnici moderne de ultimă generație și să devină deja tehnici de rutină. Materialele de reconstrucție deși au cunoscut un progres enorm, nu pot încă înlocui în întregime grefa osoasă autogenă. Grefa osoasă rămâne încă standardul de aur al oricărei reconstrucții a defectelor osoase. În concluzie trebuie de menționat că metoda de tratament chirurgical și materialul folosit se administrează individual, după examinarea bolnavului. Decizia este determinată complex - defectul, reacțiile osoase, vârsta pacientului, maladiile concomitente, consimțământul informat.